

ALLEGATO 8

Consenso Informato

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono Cellulare _____

Email _____

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di **(da compilare in caso di minore)**

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tessera Sanitaria
(ultime 8 cifre)

--	--	--	--	--	--	--	--

____ / ____ / ____
scadenza

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a sottopormi (o, nel caso del minore a sottoporre _____), in caso di positività del test antigenico al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Data

Firma
